

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 6 Décembre 1900, à 1 heure

PAR

Emile GORCE

Né à Montricq (Allier) le 30 juillet 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ŒSOPHAGISME

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges : MM. SCHWARTZ, professeur.

WURTZ et TEISSIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

ANCIENNE MAISON JOUVE

Imprimerie de la Faculté de médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1900

109
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 6 Décembre 1900, à 1 heure

PAR

Emile GORCE

Né à Montrieux (Allier) le 30 juillet 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ŒSOPHAGISME

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges : MM. SCHWARTZ, professeur.

WURTZ et TEISSIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

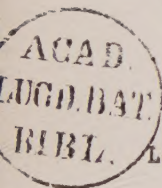
ANCIENNE MAISON JOUVE

Imprimerie de la Faculté de médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

—
1900



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	BRISSAUD
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
Maladies de enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des mala- dies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux ..	RAYMOND
	BERGER
Clinique chirurgicale	DUPLAY
	LEDENTU
	TILLAX
Clinique ophtalmologique	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires ..	GUYON
Clinique d'accouchement	BUDIN
	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

A MA FAMILLE

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL

Sénateur de l'Allier

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

Introduction

L'affection qui nous occupe est assez peu fréquente, mais, l'analogie qu'elle présente avec les spasmes du rectum, de l'urèthre, du vagin, du pylore, etc., ses rapports avec l'hystérie en rendent son étude à la fois plus importante et plus intéressante.

L'observation, qui a été le point de départ de notre thèse et que nous avons recueillie dans le service de M. Oulmont, est encore intéressante à un autre point de vue. Il s'agit d'une malade atteinte d'œsophagisme simulant tout à fait un cancer à son début.

Nous ne prétendons pas faire une étude complète de l'œsophagisme, le sujet est trop vaste, trop difficile et réclame plus de science et d'expérience Clinique que nous n'en avons.

Nous étudierons cependant tous les côtés de la question en insistant, dans la mesure de nos moyens, sur les points négligés dans les travaux analogues au nôtre.

Mais, avant d'aborder ce travail, nous tenons à remercier nos maîtres dans les hôpitaux ; tous ont été pour nous

d'une grande bienveillance dont nous garderons longtemps un agréable souvenir.

Parmi eux, Monsieur le Docteur Oulmont, qui nous a eu comme stagiaire à l'hôpital Laennec, a droit, en outre, à toute notre reconnaissance pour avoir bien voulu nous guider dans le choix d'un sujet de thèse.

Monsieur le Professeur Cornil nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous lui adressons ici nos bien vifs remerciements

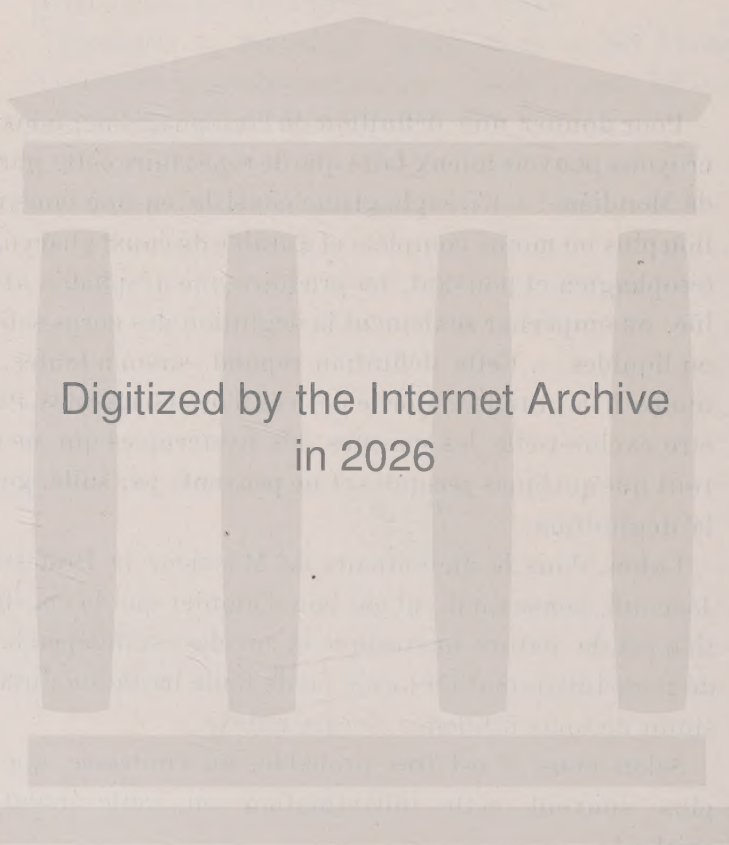


Définition

Pour donner une définition de l'œsophagisme, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de reproduire cette phrase de Mondière : « L'œsophagisme consiste en une constriction plus ou moins complète et durable du canal pharyngo-œsophagien et pouvant, ou produire une dysphagie absolue, ou empêcher seulement la déglutition des corps solides ou liquides ». Cette définition répond, sinon à toutes, au moins à la grande majorité des cas d'œsophagismes. Peut-être exclue-t-elle les spasmes des hystériques qui ne durent que quelques secondes et ne peuvent, par suite, gêner la déglutition.

Luton, dans le dictionnaire de Monsieur le Professeur Jaccoud, pense qu'il eut été bon d'ajouter que la constriction est de nature névrosique et qu'elle est indépendante de toute inflammation locale ou de toute irritation directe, sinon de toute influence d'ordre réflexe.

Selon nous, il est très probable, au contraire, que le plus souvent cette inflammation ou cette irritation existent,



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Classification

Quelques auteurs distinguent deux variétés d'œsophagismes, l'œsophagisme symptomatique et l'œsophagisme idiopathique. D'autres auteurs, que nous imiterons, distinguent les trois variétés suivantes :

Symptomatique ;

Sympathique ou réflexe ;

Idiopathique ou essentiel.

Cependant, on peut presque affirmer qu'il n'y a pas plus d'œsophagisme essentiel qu'il n'y a d'hydrocèle essentielle ou d'épilepsie essentielle.

Toujours il est symptomatique et on peut ajouter, à notre avis, que souvent il est en même temps réflexe, c'est-à-dire que sa cause déterminante agit souvent sur une voie nerveuse centripète. Mais, pour que cette réflexion apparaisse nettement, soit bien appréciable en clinique, il faut que la lésion siège assez loin du spasme (utérus, intestin, estomac). Ce sont les œsophagismes de ce genre que nous appellerons réflexes.

De même, par convention, on peut appeler œsopha-

gisme essentiel celui qui paraît à lui seul constituer toute la maladie ; il sera, au début, le seul symptôme observé, mais pourra, dans la suite, devenir une source de complications graves.

Les spasmes qui ne rentrent dans aucun de ces deux groupes constitueront les spasmes symptomatiques.

Mais, entre l'œsophagisme essentiel le plus typique et l'œsophagisme symptomatique le moins discutable, on a tous les intermédiaires. On peut considérer l'œsophagisme comme un résultat des deux facteurs suivants : état général névropathique du malade (excitabilité), et irritation d'un élément nerveux forcément en rapport plus ou moins éloigné avec l'œsophage (excitation). Plus le premier facteur sera grand, plus le second pourra être léger.

Si on considère un malade dont les spasmes sont dûs au seul état névropathique et les spasmes chez un individu normal (ou le plus anormal possible, dans un sens opposé, au point de vue qui nous occupe), on aura les deux extrémités d'une série dont on pourra faire les types aussi peu différents qu'on le voudra les uns des autres. D'un bout de la série à l'autre, un facteur ira en augmentant à mesure que l'autre ira en diminuant.

Cette hypothèse, si elle est vraie, montre que toute classification rigoureuse est impossible.



Etiologie

Parmi les différentes causes d'œsophagisme, il faut faire une place à part à un état général spécial, que l'on désigne par les mots de nervosisme, de tempérament nerveux, d'hystéricisme. Cet état particulier prédispose à toutes les contractures] et, particulièrement à celles de l'urèthre, du rectum, de l'œsophage, du pylore, du vagin pour ne citer que les plus communes ; il est, le plus souvent, la vraie cause de l'œsophagisme ; les personnes qui le possèdent faisant une contracture à propos de choses insignifiantes et sans conséquence pour tout autre individu. Il est même probable que la névrose (hystérie, hystérie atténuée ou état nerveux particulier différent de l'hystérie ?), suffit toute seule dans certains cas à déterminer le spasme. Chez les personnes ainsi prédisposées, on trouve, comme cause déterminante, un courant d'air, l'ingestion de liquides froids, un vomitif, la disparition d'une dartre située sur la main, la disparition brusque d'un accès de goutte, de rhumatisme, d'un flux hémorroïdaire ; une contusion de l'épigastre, un accès de colère, une contra-

riété, la frayeur causée par l'ingestion d'aliments passant avec difficulté, peuvent produire le même résultat.

A côté de ces légers traumatismes, dont l'action n'est que probable et que l'on accuse souvent faute de mieux, on en trouve de plus graves dont l'action est plus apparente. Ainsi, certains individus fortement impressionnés par la crainte d'une maladie leur semblant avec juste raison terrible, la rage, ont présenté la plupart des symptômes de l'hydrophobie ; plusieurs cas de mort seraient survenus dans ces conditions : un jeune homme quitte la France ; il revient vingt ans après et apprend que son frère est mort à la suite des morsures d'un chien dont il avait été également mordu ; il est aussitôt pris des symptômes de cette maladie et succombe en peu de temps. On cite d'autre part des observations d'hydrophobie pseudo-rabique où la guérison survint brusquement, dès que le malade put être convaincu de son erreur.

Un autre groupe important de causes déterminantes est constitué par les intoxications. Mondière signale les contractures de l'œsophage consécutives aux empoisonnements par la jusquiame, l'arsenic, les champignons, les fruits de hêtre ; on peut ajouter la belladone, l'aconit, la cantharide, l'alcool, le plomb. On trouve dans la thèse de Pfmilin deux observations d'œsophagisme dont l'alcool, suivant l'auteur, serait la cause principale.

A côté de ces empoisonnements par des substances déterminées, on a les intoxications consécutives aux maladies infectieuses parmi lesquelles, au point de vue qui nous

occupe, il faut placer en premier lieu la grippe. Dans l'observation que nous avons prise dans le service de Monsieur Oulmont, dans l'observation prise par M. Baylac et reproduite à la fin de ce travail, nous voyons, chaque fois, l'œsophagisme débiter quelques semaines après la fin de l'influenza. Au mois de mars 1900, nous avons vu une dame de cinquante ans, avoir en 8 jours deux rétentions d'urine nécessitant chaque fois un cathétérisme ; la malade était en convalescence de grippe et n'avait jamais rien eu de pareil. Nous avons pensé, depuis, que les spasmes de l'urèthre étaient sous la dépendance d'un tempérament nerveux exalté par l'intoxication grippale.

Le médecin qui soignait cette dame avait déjà remarqué plusieurs cas analogues ; il ne put s'empêcher d'attribuer ces contractures à l'influenza.

La même année, un de nos amis eut un spasme très douloureux de l'anus ; on ne put découvrir de fissure. La guérison fut obtenue par la dilatation brusque.

Deux autres maladies infectieuses agissent probablement comme la grippe, mais avec une telle violence que toute prédisposition se trouve ici absolument inutile ; nous voulons parler de la rage et du tétanos.

Cette prédisposition est encore inutile quand on a une lésion des éléments nerveux en rapport direct avec l'œsophage. Cette lésion pourra être le fait d'une compression, sur le pneumogastrique le plus souvent, (adénites, anévrysme de l'aorte, tumeurs quelconques), ou d'une altération primitive de ces éléments (syphilis cérébrale surtout).

Dans ces conditions, le nervosisme n'est pas nécessaire ; on a pour ainsi dire la reproduction d'expériences faites par les physiologistes sur les animaux.

A côté des spasmes survenant chez des individus très névropathes pour des motifs insignifiants (œsophagisme essentiel) ; à côté des spasmes dans la production desquels cet état névropathique n'est le plus souvent pour rien (œsophagisme symptomatique), on peut faire un troisième groupe, intermédiaire aux deux précédents et qui correspond assez à l'œsophagisme réflexe des auteurs. Il est possible que certaines lésions du larynx, de l'estomac, de l'utérus soient suffisantes pour produire seules un rétrécissement spasmodique du tube œsophagien, de la même façon que l'excitation du nerf sciatique ou d'une anse intestinale isolée, sur la grenouille de Goltz, mais, il est probable que souvent, elles seront aidées par ce que certains auteurs ont appelé la diathèse de contractures.

Comme étiologie de spasmes que l'on peut, avec le plus d'apparence de raison, faire rentrer dans ce groupe, on signale surtout les altérations du poumon, du larynx, de l'estomac (cancer, ulcérations, gastrite, dyspepsie), de l'intestin (tœnias), de l'utérus : ou signale aussi la dentition difficile, les corps étrangers de l'oreille.

Nous terminerons ce chapitre de l'étiologie par quelques mots sur ce que l'on pourrait appeler troubles psychopathiques de la déglutition, par analogie avec ce que M. le Professeur Raymond appelle troubles psychopathiques de la miction. Pas compétent pour discuter cette

question, nous nous contenterons de faire remarquer que bien des cas d'œsophagisme survenus sans cause apparente sont probablement des contractures dont l'étiologie, la pathogénie et la thérapeutique sont les mêmes que pour les contractures étudiées par M. le Professeur Raymond dans les chapitres suivants de ses cliniques des maladies du système nerveux : « troubles psychopathiques de la miction » (1897) et « un cas de myoclonie » (1900).



Description

Deux symptômes dominent la description de l'œsophagisme, la dysphagie d'abord et la douleur ensuite.

La Dysphagie, conséquence de la contracture du conduit, est souvent complète d'emblée ; elle peut débiter brusquement au milieu d'un repas, ne durer que quelques minutes ou au contraire, persister pendant des mois avec des intermittences plus ou moins longues, plus ou moins complètes qui sont un de ses caractères importants.

Parfois, les troubles de la déglutition restent longtemps insignifiants, peuvent s'atténuer et même disparaître pour quelques jours, mais n'en continuent pas moins leur marche lente et progressive aboutissant, par défaut d'alimentation, à la cachexie et à la mort.

Chez d'autres malades, la dysphagie débute brusquement, mais elle est précédée de phénomènes anormaux dans la gorge : malaise, cuisson, étranglements, sensation de corps étrangers exécutant des mouvements plus ou moins bizarres.

Tantôt les liquides seuls peuvent arriver à l'estomac et,

Gorge

et l'estomac

souvent, les liquides chauds ou tièdes passeront alors que froids ils seront violemment rejetés ; on peut cependant observer le contraire, et, Mondière rapporte des cas de guérison par ingestion de liquides glacés.

Plus rarement (plus souvent, au contraire, d'après Nasse), les aliments solides peuvent seuls traverser le conduit œsophagien ; on sait d'ailleurs que les spasmes rabiques, si douloureux et que la vue seule de l'eau suffit à déterminer sont surtout provoqués par les liquides.

Si le spasme siège à la partie supérieure du conduit, rien ne passe ; dans les cas contraires, quelques aliments peuvent descendre jusqu'au rétrécissement, y déterminer la formation d'une poche où ils peuvent séjourner pendant quelque temps, ou bien pénétrer dans l'estomac après de violents efforts, ou bien être rejetés avec des gaz et du mucus. Les aliments arrêtés à la partie moyenne ou inférieure de l'œsophage donnent au patient la sensation de corps étrangers à la région interscapulaire, à la pointe du sternum ou à l'épigastre, quelquefois à la région inter-claviculaire.

Parfois, le malade peut manger et boire, mais seulement au prix de vives douleurs et d'efforts attentifs ; Mondière parle d'une personne qui ne pouvait avaler qu'en trompant le spasme « *ut, si ita loqui fas est, gulæ spas-mum falleret* » comme on tromperait un gardien vigilant. De même, dans certains troubles de la miction, le malade ne peut uriner qu'en détournant sa pensée de l'acte qu'il veut accomplir.

Les douleurs occasionnées par l'alimentation sont parfois assez fortes pour s'accompagner de pertes de connaissance. Hoffmann cite un malade qu'il vit tomber dans des angoisses inexprimables, parce que les aliments qu'il avait essayé d'avaler ne pouvaient être, ni rejetés par régurgitation, ni être entraînés dans l'estomac par les liquides, moyen qui lui réussissait quelquefois.

Ces souffrances, si rarement absentes pendant le passage des aliments, peuvent exister spontanément ou à la pression. Spontanées, elles sont en général assez légères et consistent surtout en une sensation de cuisson dans la gorge et au niveau du creux épigastrique ; certains malades, accusent une gêne analogue à celle causée par la présence de crachats ou de petits corps étrangers dans le conduit pharyngo-œsophagien. Sans raison plausible apparente, on peut aussi observer des accès de spasmes s'étendant aux muscles du système respiratoire : la voix est éteinte, la respiration saccadée, difficile, la face congestionnée devient livide, l'angoisse est extrême ; le malade peut succomber.

Après la dysphagie et la douleur, on a un autre symptôme fréquent mais dont la nature et le mécanisme sont à peu près inconnus. Ce symptôme, si commun chez les hystériques, consiste en une sensation de boule dans la région œsophagienne, analogue à celle que pourrait produire un œuf de pigeon arrêté dans le canal œsophagien ; cette boule est située le plus souvent à la partie moyenne ou supérieure du cou et en dehors de la ligne médiane,

quelquefois au niveau de la portion inférieure de l'œsophage; elle peut d'ailleurs se déplacer, monter de l'estomac au pharynx; on la compare le plus souvent, pour son volume, à un œuf de pigeon: elle n'a pas été vue par notre malade parce que, dit-elle, elle avait bien trop d'ennuis pour songer à se regarder dans une glace; mais outre qu'elle avait la sensation bien nette de corps étranger sur le côté gauche du larynx, elle l'a plusieurs fois touchée avec les doigts.

On a émis de nombreuses théories pour expliquer ces phénomènes bizarres, mais ce sont plutôt des hypothèses vagues ou invraisemblables. *Monro* pense que la muqueuse de l'œsophage affectée de spasme, peut faire hernie à travers les fibres musculaires et former une poche plus ou moins volumineuse. Pour certains auteurs, cette boule est peut-être due à une contracture partielle et irrégulière des fibres musculaires de l'œsophage, contracture dont le mode d'action semble en tout cas difficile à expliquer ou même à imaginer.

M. Gilles de la Tourette attribue volontiers cette sensation de corps étranger à la convulsion de l'œsophage.

(Voir observation, par *M. Schnutzler*, d'une tumeur apparaissant subitement dans la région pylorique du tube digestif).

À côté de cette boule qui n'est peut-être, dans certains cas, qu'une fausse sensation, on a constaté parfois une dilatation en forme de poche du conduit œsophagien, dilatation qui se produit au-dessus du rétrécissement par un

mécanisme facile à comprendre ; elle est due en effet à l'accumulation des aliments au dessus de la contracture. Une conséquence de cette stagnation est l'inflammation de la muqueuse à cet endroit, inflammation plus ou moins grave et pouvant aboutir à la formation d'abcès. Ces altérations de la paroi œsophagienne, conséquence du rétrécissement, peuvent à leur tour entretenir et aggraver les spasmes. Il va sans dire que cette poche, lorsqu'elle contiendra des aliments, pourra être sensible au toucher ; on a même pu, chez certains malades, en malaxer le contenu.

L'auscultation de la résion œsophagienne, soit à distance, soit avec le sthétoscope, permet parfois d'entendre des bruits de gargouillement résultant du conflit d'un liquide avec l'air, dans un tube rétréci. C'est surtout lorsque se produisent de violents accès de spasmes que ces bruits peuvent s'entendre à distance. Ils ont, selon Hamburger, une grande importance diagnostique. Nous en parlerons dans un autre chapitre.



Marche

La marche de l'œsophagisme est très variable. Monro cite un individu qui, deux fois dans sa vie, fut pris tout à coup, au milieu de son dîner, d'un spasme qui l'empêcha d'avaler ; l'un dura quelques heures, l'autre, qui se produisit longtemps après, dura quatre jours.

Par contre, Mondière parle d'une dame dont le spasme persista plus de vingt ans ; pendant sept années, elle ne put prendre d'aliments solides ; c'était aux prix de douleurs vives et accompagnées de nombreuses régurgitations qu'elle parvenait à avaler une tasse de liquide. M. Pierre Bouilliche, dans la Presse Médicale du mois d'avril 1898, parle d'un garçon de 11 ans présentant un certain nombre de stigmates nerveux et qui, depuis trois ans, ne pouvait avaler aucun aliment solide. Ce jeune homme était ainsi arrivé à un état de maigreur et de faiblesse extrêmes. Au contraire de ce jeune homme que rien ne put soulager, la dame citée par Mondière fut tout à fait guérie après quatre cathétérismes.

Ces exemples et bien d'autres, permettent d'affirmer que

rien n'est plus irrégulier que la marche de l'œsophagisme livré à lui-même, ce qui ne doit pas étonner, d'ailleurs, de la part d'un phénomène qui n'est souvent qu'une manifestation hystérique. Son apparition est tantôt progressive, avec des intermittences plus ou moins longues, tantôt brusque et complète d'emblée ; mais, c'est surtout à propos de sa disparition qu'il faut noter cette brusquerie, d'autant plus extraordinaire qu'elle se produit parfois après une longue période de douleurs et d'amaigrissement.

Ce que nous venons de dire ne s'applique évidemment pas, ou que très peu, aux spasmes symptomatiques.



Diagnostic

On devra toujours, quand on aura à discuter le diagnostic d'œsophagisme, rechercher les symptômes de l'hystérie. La présence de la névrose ou simplement une susceptibilité nerveuse exagérée, un caractère mélancolique, permettront, dans bien des cas, de confirmer un diagnostic hésitant.

Dans les rétrécissements cicatriciels, ou par compression de l'œsophage, on aura, outre les renseignements étiologiques spéciaux, ceux donnés par le cathétérisme. La résistance rencontrée par la sonde, dans ces cas, n'est pas variable d'une seconde à l'autre, ou d'un jour à l'autre comme dans la maladie qui nous occupe. De plus, lorsque l'olive franchit l'obstacle, on éprouve une sensation de ressaut, surtout caractéristique dans les rétrécissements cicatriciels. Mais, il faut se rappeler que les rétrécissements cancéreux, cicatriciels ou autres, peuvent s'accompagner, surtout chez les névropathes, des spasmes œsophagiens plus ou moins éloignés de la lésion déterminante.

Un des caractères de l'œsophagisme auquel on attri-

buait autrefois une grande valeur diagnostique était la courte durée de la contracture : « Comme tous les spasmes, écrit Berthier, l'œsophagisme ne peut être que « momentané ». Des observations suffisamment nombreuses permettent d'affirmer le contraire et donnent plutôt à ce symptôme une valeur opposée. Quand on hésite entre une tumeur maligne de l'œsophage ou de l'estomac et l'œsophagisme, le temps est parfois le seul signe qui permette de faire le diagnostic, grâce à l'évolution fatale, assez rapide en général, des néoplasmes. Cependant, il ne faut pas trop se fier aux améliorations de la santé obtenues, chez certains rétrécis, grâce au sondage alimentaire ; des améliorations, parfois même considérables, peuvent se voir chez les cancéreux.

La présence de débris sanguinolents sur la sonde ou plutôt sur la petite éponge montée qui aura servi à faire le cathétérisme, une dysphagie légère à son début, à marche progressive et continue, sont encore des signes en faveur d'un néoplasme.

Mais, s'il en est ainsi dans le plus grand nombre des cas, on a, par contre, publié des observations de dysphagie cancéreuse débutant brusquement ; d'emblée, le passage des aliments est empêché par de violentes contractures.

Une douleur mal localisée, intermittente, le plus souvent légère, vague, devra éloigner l'idée de cancer, corps étrangers, œsophagite, ulcères de la muqueuse et la plupart des troubles inflammatoires de cette membrane.

Les corps étrangers, qui peuvent si bien simuler les

accès de spasmes œsophagiens, seront en général reconnus grâce aux renseignements donnés par le malade ou son entourage.

Il en est de même de l'œsophagite qui est le plus souvent consécutive à l'absorption de substances corrosives.

M. Max Einhorn au Congrès international de médecine (Paris, 3 août 1900) étudie la dilatation idiopathique de l'œsophage.

Cette affection n'est, le plus souvent, que la conséquence d'une paralysie de cet organe ou d'une contracture idiopathique du cardia.

Nous donnerons cependant les signes de dilatation énumérés par l'auteur. Ce sont : la dysphagie, la sensation d'oppression de la poitrine, le vomissement peu après le repas, l'apparition de matières alimentaires dans le tube employé pour le sondage et cela, avant que le tube ait atteint l'estomac. On peut ajouter l'œsophagoscopie et les rayons X.

La dysphagie dans la paralysie de l'œsophage est permanente et n'est pas accompagnée de régurgitation ; le cathétérisme se fait sans difficultés.

A propos de contractures, on devra toujours rechercher les signes propres à la tuberculose et à la syphilis. Ces deux maladies, que l'on rencontre si souvent en clinique, sont en cause dans un assez grand nombre des observations d'œsophagisme que nous avons lues.

Parmi les diagnostics à faire, il en est un dont l'importance serait grande s'il ne se présentait qu'exceptionnel-

lement ; c'est celui qui consiste à distinguer l'œsophagisme des spasmes rabiques. L'erreur la plus souvent commise, et qui ne serait pas très rare, selon Mondière, est celle qui fait considérer comme enragés des individus qui ne le sont pas. La cause des spasmes serait le plus souvent, dans ces cas, la peur de la rage et la ferme conviction d'en être atteint. Il y a à ce sujet plusieurs observations extraordinaires et qui montrent ce dont peut être capable l'imagination chez certaines personnes.

Il est d'autant plus important de faire, dans ces cas, un diagnostic exact que le seul moyen pour guérir ces pseudo-rabiques, serait de les convaincre de leur erreur. Il n'en est plus tout à fait ainsi depuis les travaux de Pasteur ; le traitement institué par ce savant guérit aussi ces névropathes parcequ'il a la réputation bien établie, et si juste d'ailleurs, de guérir de la rage véritable.

Nous ajouterons, pour terminer ce chapitre du diagnostic quelques mots sur l'auscultation de l'œsophage et sur l'emploi des rayons de Röntgen.

L'auscultation de l'œsophage a été surtout étudiée avec grand soin par Hamburger ; mais, de l'avis des cliniciens dont nous avons lu les travaux sur ce sujet, cet auteur en a exagéré l'importance et, pour quelques-uns même, elle ne donnerait que des résultats insignifiants.

Nous ne croyons pouvoir mieux faire que de reproduire les quelques lignes consacrées à cette méthode de diagnostic dans le traité de pathologie interne du Professeur Jacoud (7^e édition, tome II) : Le lieu le plus favorable pour

pratiquer cette exploration stéthoscopique est le côté gauche de la région cervicale, en arrière de la trachée, depuis l'os hyoïde jusqu'à la clavicule, ou bien la colonne vertébrale de la première à la huitième dorsale. Les bruits perçus résultant du conflit de l'air et d'un liquide, l'examen doit se faire pendant la déglutition d'une cuillerée d'eau ; mais, on peut aussi pratiquer l'auscultation pendant le cathétérisme. La déglutition normale produit un fort gargouillement au niveau de l'os hyoïde et un bruit de glissement doux le long de l'œsophage. Dans le rétrécissement au début, l'air refoulé par le bol alimentaire trouvant un obstacle, remonte en traversant le liquide et produit un léger bruit de glou-glou. C'est un véritable gargouillement si le rétrécissement est prononcé ; quand il est confirmé, ce sont des bruits divers de régurgitation bruyante. Dans les cas où l'œsophagisme est peu intense, on entend également à chaque déglutition un léger frottement. Si le spasme est plus accentué, le frottement perçu à l'auscultation, pendant les efforts de déglutition des liquides, offre la rudesse d'un vrai bruit de râpe.

Les rayons X pourront être parfois d'un grand secours pour confirmer la présence d'une tumeur quelconque ou d'un corps étranger, causes des spasmes œsophagiens. Le plus souvent, c'est à une compression du Pneumogastrique l'on a affaire. Bien que de date récente, la radiographie a été utilisée plusieurs fois au sujet de la maladie qui nous occupe.

Pronostic

Le pronostic de l'œsophagisme essentiel est bénin. Le plus souvent, le spasme guérit seul, en peu de temps, et sans altérer gravement la santé.

La simplicité et l'efficacité du traitement dans le plus grand nombre des cas, viennent encore augmenter la bénignité de cette affection.

Le pronostic serait donc tout à fait bénin si l'on n'avait quelques observations de malades s'en allant d'une mort lente, par défaut d'alimentation et malgré les meilleurs soins.

La mort rapide n'a été observée que dans des cas tout à fait exceptionnels, chez des individus persuadés à tort qu'ils étaient atteints de la rage.

Le pronostic est encore et surtout assombri par ce fait que, même après la disparition du spasme, le malade garde son tempérament névropathique.

Traitement

Nous nous occuperons surtout ici du spasme dit essentiel ; d'ailleurs, en rappelant que dans la production de l'œsophagisme on peut considérer deux facteurs, irritabilité et irritation, nous pouvons dire que, dans ce chapitre, nous nous bornerons au traitement du premier facteur, le traitement du second étant excessivement variable et sortant tout à fait du cadre de notre travail.

Puisque nous avons affaire à des individus le plus souvent nerveux ou hystériques, il sera naturellement indiqué de chercher à bien gagner la confiance du malade et de satisfaire son imagination. Le fait capital, dit Béhier, dans le traitement de l'œsophagisme, est de vaincre le spasme, puis, immédiatement après avoir ainsi violenté les fibres contractées de l'œsophage, on fait avaler un verre de liquide (ou une bouchée de pain) au malade qui, émerveillé de voir la déglutition se faire sans difficulté, est convaincu qu'il guérira, prend confiance en soi-même et dans l'avenir.

Trousseau, dans le service duquel on venait d'amener
Gorce

une pauvre campagnarde qui depuis quelque temps ne pouvait plus avaler, demanda séance tenante une tige élastique, un peu de cire d'Espagne qu'il façonna lui-même de manière à lui donner la forme d'une olive et improvisa une sonde. Il fit pénétrer, avec une certaine difficulté, cette bougie de haut en bas, dans l'œsophage de la malade, et, immédiatement après l'avoir retirée, il lui fit boire une tasse de bouillon. La déglutition se fit sans difficulté; guérison en deux jours.

L'influence du moral, toujours importante chez les malades est peut-être toute puissante ici et, on peut rappeler à ce sujet le cas de cette femme dont un spasme anal avait résisté à tous les moyens de traitement; il ne restait comme dernière ressource que la dilatation forcée au moyen d'une pince: cette petite opération fut acceptée par la malade, mais, au dernier moment, effrayée par la présence des instruments, elle s'écrie qu'elle a un pressant besoin d'aller à la garde-robe: le spasme rectal venait en effet de disparaître complètement.

Parmi les moyens de traitement utilisés contre l'œsophagisme, un des plus efficaces en général et aussi des plus employés est le cathétérisme du canal œsophagien. Ce cathétérisme peut se faire, soit avec la sonde œsophagienne ordinaire, soit avec une sonde olivaire, soit avec tout autre instrument analogue, l'éponge de Green par exemple.

La plupart des auteurs conseillent les sondes volumineuses, sous prétexte que celles qui sont trop minces ne

font qu'irriter la muqueuse, augmentent le spasme et passent quelquefois plus difficilement que les grosses. Cependant, Pflimlin, qui eut l'occasion d'essayer les unes et les autres, n'ose rien conseiller à cet égard ; les petites sondes, dit-il, peuvent, dans certains cas, être aussi bonnes que les grosses.

La technique de ce cathétérisme est simple ; la seule difficulté (parfois sérieuse il est vrai) est celle qui consiste à vaincre le spasme. Le plus souvent, si ce mode de traitement doit être continué longtemps le malade pourra se sonder lui-même. Les précautions d'antisepsie, indispensables quand on a affaire au canal urétral, ne sont pas nécessaires ici, en général.

Le seul danger résulte de la rupture possible de la paroi œsophagienne, en cas d'erreur de diagnostic. Il faudra surtout être d'une grande prudence quand on craindra un cancer.

Nous rappelons brièvement les symptômes qui indiquent que l'on a fait fausse route du côté des voies aériennes : douleur vive, toux violente, sortie de l'air par la sonde quand l'instrument est creux.

Si on n'arrive pas à franchir facilement le rétrécissement, il faudra se rappeler que le plus souvent, une pression continue, sans brusquerie, vaincra le spasme. Si cependant on échoue, on enduira la sonde d'extrait de belladone ; cette pratique recommandée par Mondière est également indiquée par M. Jaccoud.

La cocaïne, conseillée par Bertrin, mais dont nous n'a-

vous vu l'emploi signalé nulle part pour faciliter le sondage, pourra aussi être essayée. Une huile quelconque facilitera aussi le passage de la sonde.

Dans quelques cas, après le premier cathétérisme, la dysphagie aura diminuée sensiblement ou même n'existera plus.

Il existe des observations de malades ne pouvant avaler une seule goutte de liquide qui, après un seul cathétérisme, ont pu boire et même déglutir des aliments solides sans difficulté.

Cependant, le plus souvent, le sondage devra être continué pendant deux ou trois jours au moins, parfois pendant des mois.

En cas d'insuccès, il faudra lui adjoindre le traitement médicamenteux constitué surtout par les antispasmodiques et les narcotiques. Les plus employés sont : la morphine, le bromure de potassium, la belladone, le chloral, le camphre, l'assa fetida, l'acide cyanhydrique.

Hamburger et Monsieur le Professeur Jaccoud ont, dans plusieurs cas, obtenu de bons résultats de l'emploi simultané de l'iodure de potassium et de la belladone.

Mais, tandis que la plupart des auteurs n'attachent pas d'importance au mode d'administration de ces médicaments, Mondière affirme qu'il est très difficile d'obtenir un bon résultat en les donnant à l'intérieur (il veut dire par la bouche). Je ne connais qu'un cas, dit-il, où la prescription des antispasmodiques à l'intérieur ait été suivie de succès. Ce mode d'administration est-il réellement

plus actif que les autres ? ou bien, cette supériorité, si elle existe, n'est-elle qu'une question de suggestion ? C'est ce que nous pensons.

La suggestion proprement dite est d'ailleurs conseillée ici comme dans la plupart des manifestations de l'hystérie. Nous n'en dirons pas davantage sur cette question dont l'étude ne rentre pas dans le cadre de ce travail.

Nous nous bornerons de même à citer les bons résultats que peuvent donner l'électrothérapie et l'hydrothérapie. Ce sont là de grandes méthodes de traitement, utilisées dans un grand nombre de maladies différentes, dans l'hystérie en particulier ; leur application à la maladie qui nous occupe ne présente rien de bien spécial.

Les médicaments antispasmodiques, la révulsion, le cathétérisme simple, l'hygiène, l'hydrothérapie, l'électricité, la suggestion, telles sont les ressources couramment utilisées contre l'œsophagisme. Il reste plusieurs autres modes de traitement agissant probablement tous de la même façon, mais dont l'emploi est exceptionnel ; ce sont : l'application de cocaïne sur la muqueuse œsophagienne, la dilatation brusque, la dilation progressive, l'œsophagotomie.

La cocaïne a été surtout utilisée pour le traitement de la fissure anale et du vaginisme. Cazin aurait obtenu des succès remarquables par l'emploi de badigeonnages de cocaïne dans le vaginisme, et le coït a pu être pratiqué pendant l'anesthésie produite par cet agent. L'innocuité de

ce mode de traitement en est encore un avantage important.

Selon toute vraisemblance, la cocaïne agira surtout, peut-être uniquement, lorsque la cause déterminante du spasme siègera sur la muqueuse œsophagienne. Son action est peut-être la même que celle de la dilatation dans la fissure à l'anus, à savoir une paralysie locale obtenue, dans un cas par déchirure, dans l'autre par anesthésie. M. le professeur Duplay admet cette action hypothétique de la dilatation et estime qu'elle dure de 24 à 48 heures.

La Dilatation brusque, au moyen d'une pince spéciale, a été utilisée et vulgarisée par Broca ; c'est l'analogie de l'œsophagisme avec la fissure anale qui l'amena à ce mode de traitement.

Dans la thèse de Nasse, inspirée par ce chirurgien, on a trois observations de contractures œsophagiennes traitées par la dilatation brusque. Chaque fois le malade avait été soigné longtemps, mais sans succès, par le cathétérisme, et chaque fois, la guérison complète fut obtenue avec la pince de Broca.

Le malade qui fait le sujet de l'observation n° VII, dans cette thèse, avait deux rétrécissements. Ils nécessitèrent chacun une dilatation brusque qui fut faite à cinq jours d'intervalle ; ils guérirent aussi chacun à leur tour.

La douleur occasionnée par ce traitement est le plus souvent légère, quelquefois insignifiante. Broca alimentait ses malades une heure ou deux après l'opération et

s'en est toujours bien trouvé. Pas de traitement local consécutif.

La pince qu'il emploie est articulée de telle façon que, ses branches dilatatrices étant parallèles, sont à une distance de deux centimètres environ l'une de l'autre. Cette disposition évite le glissement de la portion rétrécie de l'œsophage vers l'articulation, au moment de la dilatation.

Quand on veut rompre la contracture anale, on sait que certains auteurs donnent comme point de repère dans la dilatation, la rencontre des ischions ; d'autres, dont Monsieur Duplay, préfèrent s'en tenir à la sensation de déchirement qui suit la rupture de l'anneau contracturé. C'est d'ailleurs la même sensation qui servait de guide à Broca dans le traitement des spasmes œsophagiens.

Au contraire, l'écartement des branches obtenu par une vis de pression quelconque, sans contrôle de la force déployée, risque d'exercer une violence dangereuse.

Nous ne ferons guère que citer l'œsophagotomie, interne ou externe. L'opération analogue qui donne de si bons résultats dans la fissure à l'anus a aussi été employée avec un succès complet dans un cas publié de spasme du pylore ; avant de faire la laparotomie, on avait diagnostiqué une tumeur maligne. Le chirurgien ne vit, par la suite, rien autre chose qu'une contracture localisée vers le pylore ; c'est à cet endroit qu'il fit une simple incision après ouverture de l'estomac.

Au Congrès international de médecine de Paris (7 août 1900), M. Jacobs fit une communication sur le traitement

de l'œsophagisme. Cet auteur s'est surtout occupé du rétrécissement spasmodique du cardia. Il emploie (pour dilater le rétrécissement) un instrument composé de deux parties : une tige articulée et un fuseau terminal qui est le dilatateur ; ce fuseau s'ouvre comme un parapluie. Avant de pratiquer l'intervention, M. Jacobs habitue le malade au cathétérisme œsophagien. Ensuite, il procède à la dilatation, et c'est la douleur qui guide le chirurgien.

D'ordinaire, plusieurs séances (1 à 5) sont nécessaires pour arriver à la guérison parfaite. M. Jacobs a guéri radicalement 4 malades par son procédé.



Observations

OBSERVATION I (Dr Stevenson)

Mondière : Archives générales de médecine, 1833

Une femme d'une constitution nerveuse et irritable fut, vers l'âge de 20 ans, atteinte d'une violente **cynanchie maligne** ; devenue bientôt mère, sa santé fut pendant quelques années très délicate et elle ne tarda pas à éprouver quelques difficultés à avaler, accompagnées de douleur et de salivation. Le traitement consista en apéritifs, sangsues et vésicatoires. Malgré ces moyens, la déglutition devint de plus en plus difficile et la malade fut incapable d'avaler des aliments solides.

Chargé du traitement à cette époque, M. Smith de Nottingham administra le mercure qui déterminâ une salivation qui dura trois mois. Sous l'influence de ce traitement, les symptômes diminuèrent, la malade put avaler des aliments d'une consistance assez grande.

Ce mieux fut de courte durée, car aussitôt que la malade fut sortie de l'état de faiblesse où l'avait jetée la salivation, la dysphagie reparut et même, avec plus d'intensité.

Lorsque le Docteur Stevenson fut appelé à lui donner des soins, elle avait près de 40 ans et depuis 7 ans, elle ne pouvait soutenir sa frêle existence qu'au moyen d'aliments liquides, et, ce n'était qu'avec beaucoup de peine qu'elle pouvait en avaler une tasse et encore, une partie était rejetée par régurgitation avant que l'autre fut parvenue dans l'estomac. La douleur que la malade éprouvait alors était si vive que souvent elle était prise de convulsions.

Tel était l'ensemble des symptômes que présentait cette malheureuse, que plusieurs praticiens recommandables, consultés avant M. Stevenson, la condamnèrent à périr d'inanition.

L'auteur proposa comme dernière ressource la dilatation mécanique. La malade y consentit avec empressement. Une bougie ordinaire fut en conséquence poussée jusqu'à la partie inférieure du pharynx. Là, elle rencontra un obstacle résistant et, comme la pression exercée était assez grande, l'instrument se plia en plusieurs sens. M. Stevenson lui substitua alors une petite sonde enduite d'huile ; il parvint, non sans beaucoup de peine et d'efforts, à lui faire franchir l'obstacle ; après quoi, il pénétra facilement jusqu'à la partie inférieure de l'œsophage où il rencontra un deuxième obstacle ; après de nouveaux efforts pour le franchir, la sonde parvint tout à coup dans l'estomac ; elle fut retirée avec précaution et, quand la douleur et l'irritation qu'elle avait produites furent un peu apaisées, on lui donna de la semouille.

En essayant d'avalier, elle s'aperçut que le premier obstacle avait disparu et elle but environ une pinte de ce liquide.

Bientôt, l'opération fut réitérée avec une sonde d'un ca-

libre plus considérable à quelques jours d'intervalle et, après une quatrième introduction, la malade fut capable d'avaler sans la plus légère douleur, des aliments solides et depuis les accidents ne reparurent pas.

Ce moyen réussit également chez la fille (âgée de 20 ans) de cette malade.

OBSERVATION II (Résumée)

A. Renaut, Union médicale. 1872, n° 73.

La nommée Jacob, âgée de 38 ans, blanchisseuse, se plaint de vomir, depuis quelques jours, tout ce qu'elle prend. « J'avale facilement, dit-elle, mais dès que les boissons ou les aliments arrivent là (elle montre alors la partie antérieure et médiane de la poitrine) ils s'arrêtent malgré moi, je suis forcé, au bout de quelques minutes de rejeter tout ce que j'ai pris. » M. Axenfeld voulant être témoin du fait, demande un verre d'eau et l'invite à boire une faible gorgée de liquide. La déglutition s'exécute facilement, mais la malade fait remarquer que le liquide reste au milieu de l'œsophage, et, en effet, au bout d'une minute, elle rend par régurgitation l'eau qu'elle avait avalée.

« Samedi dernier, dit-elle, c'est-à-dire il y a cinq jours, je dinais comme à l'ordinaire ; au milieu de mon repas, je sentis qu'une bouchée de pain avait une certaine peine à passer. Je n'y pris point garde et continuai mon repas. Mais presque aussitôt l'obstacle fut complet ; il me devint impossible de faire passer les aliments solides. J'essayai

alors de boire, même insuccès ; cependant, je ne fus pas trop effrayée, j'espérai qu'au repas suivant cet accident, aussi bizarre qu'inattendu, ne réparerait point. Mais, vain espoir, rien absolument ne put passer. Je ne désespérai point encore. Le fait me paraissait tellement extraordinaire, que je ne pouvais me figurer qu'il persisterait. Malheureusement il n'en a rien été, voici cinq jours que je n'ai rien avalé. »

On lui demande si elle n'a rien pris, quelque temps auparavant, qui puisse rendre compte de son état ; elle répond négativement.

Mais le Dr Blache, qui se trouvait là le lendemain, lui fait dire qu'il y a cinq jours, elle a avalé par mégarde un verre contenant de l'acide sulfurique, croyant boire de l'eau fraîche. J'ai vomi, ajoute-t-elle, immédiatement le liquide, dont le passage m'avait, il est vrai, causé au moment même une vive douleur. Mais cette douleur a disparu rapidement et je ne m'en suis jamais ressentie. Je n'ai point éprouvé à ce moment d'obstacle sérieux au passage des aliments et je ne puis attribuer à ce fâcheux événement l'accident qui m'arrive aujourd'hui. Voilà pourquoi je croyais tout à fait inutile d'en parler, dit-elle.

On élimine alors le diagnostic d'œsophagisme auquel on avait d'abord songé.

On essaie le sondage, mais l'extrémité de la sonde ne peut dépasser le commencement du tiers inférieur de l'œsophage.

M. Axenfeld, ne doutant plus qu'il a affaire à un rétrécissement organique, recommande de faire passer le malade dans un service de chirurgie.

Mais, une heure après la tentative de cathétérisme, d'elle-même, la malade a essayé de boire et le liquide n'a

point été rejeté. Au bout de 3 ou 4 jours, la malade n'éprouvait plus aucune difficulté à faire passer n'importe quel aliment.

OBSERVATION III (Dr E. Gendron).

Publiée dans les archives générales de médecine,
février 1858.

Le 29 mars 1857, je fus appelé par le docteur Chotard auprès d'une femme Dupont âgée de 68 ans qui, réduite pendant 3 semaines à ne pouvoir avaler que des liquides, était arrivée à ce point de ne pouvoir, suivant son expression, faire passer une gorgée de liquide.

Le docteur Chotard avait vu cette malade le 4 février précédent, époque où il avait traité dans la commune plusieurs cas d'angine croupale. Il reconnut ici que des fausses membranes tapissaient les amygdales, le voile du palais et le pharynx. Les ganglions sous-maxillaires étaient très engorgés, il n'y avait ni toux ni enrouement ; la déglutition seule était très difficile et douloureuse. Cautérisation avec une solution concentrée de nitrate d'argent ; potion avec 4 grammes de chlorate de potasse. Ce traitement continué les 5, 6 et 7 février détermina la chute de lambeaux membraneux ; l'amygdale gauche présenta une ulcération qui fut touchée les 7, 8, 9 avec le crayon de nitrate d'argent. Le 10, purgation avec 30 grammes de sulfate de soude ; la gorge n'offre plus qu'une rougeur

assez vive, sans enduit ; la malade est tourmentée par une salivation abondante. Le médecin cesse ses visites.

Il est rappelé le 11 mars. Cette femme d'une constitution robuste se trouve dans une grande faiblesse ; la salivation continue ; toux fréquente, râle muqueux trachéal, douleur le long du cou, se propageant profondément derrière le sternum jusqu'à l'épigastre. Aucun aliment solide ne peut franchir le pharynx, les liquides seuls passent, mais avec difficulté. Les accidents augmentent du 11 au 29 mars ; depuis plusieurs jours, les liquides même sont immédiatement régurgités ; ils provoquent en outre une toux d'engouement.

J'avais vu, depuis bien des années, plusieurs malades atteints de dysphagie à la suite d'angine couenneuse ; chez tous, j'avais trouvé un rétrécissement de l'œsophage au niveau du premier anneau trachéal, rétrécissement qui avait cédé chez les uns à la seule dilatation ; chez les autres à la cautérisation ; la canule olivaire, poussée plus bas que le premier anneau trachéal, avait permis chez tous l'ingestion d'aliments liquides qui traversaient facilement la plus grande longueur de l'œsophage et arrivaient à l'estomac. Je préjugeais donc qu'il en serait de même ici, mais je fus trompé dans mon attente. Ma sonde de gomme élastique poussée à 3 ou 4 centimètres plus bas que l'origine de l'œsophage ne rencontra aucun obstacle ; un entonnoir ajusté à l'embouchure de la sonde reçut du lait qui, versé lentement, rejaillit en totalité et par la sonde et par la bouche, à ma grande surprise, il faut l'avouer.

Je m'étais heureusement muni d'une sonde dite œsophagienne assez longue pour arriver jusqu'à l'estomac ; après quelques minutes de repos accordées à la malade, cette sonde fut introduite, parcourut tout l'œsophage sans difficulté, et, à l'aide de l'entonnoir, nous fîmes arriver

dans l'œsophage un bon verre de laitage. Il fut convenu que ce cathétérisme alimentaire serait continué en tant que besoin et qu'on en profiterait pour agir sur le conduit avec des pommades dans la composition desquelles entraient l'extrait de belladone et le calomel.

Le lendemain de ce cathétérisme, la malade put boire du lait et la toux d'engouement devint moins fréquente.

Le 31, cependant, M. Chotard eut recours au cathétérisme et à la suite de cette seconde et dernière introduction de la sonde œsophagienne, la déglutition des liquides fut complètement rétablie ; celle des solides ne fut possible que plusieurs jours après.

Cependant, la faiblesse musculaire persista pendant plusieurs semaines ainsi que le râle laryngé et l'expectoration de crachats muqueux très épais. M. le docteur Chotard fit appliquer sur la région du larynx un vésicatoire qui mit un terme à ces derniers accidents. Dans les premiers jours du mois de juin, la malade était revenue à son état habituel de santé.

Cette observation, ajoute le docteur Gendron, offre certainement la réunion de l'œsophagite et de l'œsophagisme.

OBSERVATION IV

Midi médical du mois de juin 1892 (Baylac)

P... Jules, cultivateur, 26 ans, célibataire, né à G...,

Aveyron et demeurant à Toulouse depuis 12 ans, rue de P..., 63, couché au N° 23 de la salle Notre-Dame.

Ce malade est entré à l'hôpital le 8 décembre 1890 pour troubles de la déglutition et a été placé dans le service de Monsieur le professeur Caubet.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 62 ans, pas de renseignements ; mère bien portante, 65 ans. Deux frères également en bonne santé et n'ayant jamais présenté d'antécédents pathologiques importants à signaler. Le plus jeune cependant est vif, emporté.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance, pas de convulsions ; à l'âge de 9 ans, il eut pendant plusieurs mois des hallucinations nocturnes ; il voyait des animaux de toutes sortes qui se précipitaient sur son lit pour le dévorer.

Il était devenu peureux, triste et sauvage. De 12 à 21 ans, bonne santé, il a exercé sans discontinuer sa profession de cultivateur, soit dans l'Aveyron, soit à Toulouse. A 21 ans, réformé par le conseil de révision pour une hernie inguinale droite, il alla s'établir à Narbonne. Là, il eut des fièvres intermittentes qui l'obligèrent à garder le lit pendant deux mois et, au bout de 3 ans, il revint à Toulouse où il resta définitivement. Il jouissait, à cette époque, d'une excellente santé. À aucune époque P... n'accuse d'excès ; pas de traces d'alcoolisme ni de syphilis. Au mois de juin 1890, il eut l'influenza dont il ne s'est jamais rétabli.

Durant toute cette année, il eut des douleurs articulaires et musculaires qui l'ont forcé à plusieurs reprises à interrompre son travail. Il accuse un grand affaiblissement.

Enfin, au mois d'octobre, P... commença à sentir de la gêne de la déglutition. Il avait de la peine à avaler et il

souffrait, dit-il, non pour avaler les aliments solides, mais pour avaler les liquides. Une gorgée de vin lui produisait la sensation d'un paquet d'aiguilles qu'il aurait eu dans l'œsophage. Cette gêne de la déglutition dura pendant tout le mois d'octobre. Elle avait à peu près complètement disparu depuis une quinzaine de jours, quand un matin, le 15 novembre, le malade, après avoir déjeuné, constata qu'il lui était absolument impossible de boire. Il rendait immédiatement par la bouche et le nez. Le lendemain, il lui fut également impossible d'avalier les solides. Depuis lors, toute nourriture est devenue pour lui une torture, et, c'est au milieu de quintes de toux et de vomissements qu'il parvient à ingérer quelques gouttes de liquides ou quelques parcelles d'aliments.

Il est entré à l'hôpital le 8 décembre, dans le service de la Clinique médicale.

Etat du malade à son entrée à l'hôpital. — Grand, bien musclé, a dû être robuste autrefois, aujourd'hui amaigri et dans un état de dépression morale qui attire tout d'abord notre attention. La face est pâle, amaigrie, les traits sont tirés, les yeux fatigués, les pupilles très dilatées. Il semble étranger à tout ce qui se passe autour de lui et répond avec indifférence. Avec cela, un certain degré d'intelligence.

Les forces physiques sont très diminuées, ce qui s'explique par l'absence complète de nourriture.

Il a dû interrompre tout travail, incapable du moindre effort. La marche est même pénible et le malade préfère garder le lit. La voix n'est pas modifiée. Peut-être est-elle un peu lente ?

La langue se meut très bien dans la cavité buccale qu'oblitérent complètement les lèvres.

Le voile du palais n'est pas dévié, la luette occupe sa position normale et les amygdales sont cachées derrière les piliers antérieurs. Si nous examinons la sensibilité, nous ne trouvons rien d'anormal du côté de la peau ; pas de zones spasmogènes. Les réflexes sont conservés à l'exception du réflexe pharyngien. La vue est normale et la pupille réagit très bien à la lumière et à l'accommodation.

La sensibilité des muqueuses est au contraire fort altérée. Une barbe de plume, introduite dans les fosses nasales, détermine très difficilement l'éternuement, et la sensibilité de la conjonctive et des muqueuses linguale et buccale est fort diminuée. Le voile du palais est insensible et il faut aller toucher la paroi postérieure du pharynx pour déterminer quelques efforts de vomissements.

Rien au cœur ; à la poitrine des râles sibilants en assez grand nombre.

Du côté des organes génitaux, on signale une spermatorrhée nocturne assez fréquente.

Si on fait avaler quelques parcelles d'aliments, on constate très bien le premier temps de la déglutition, mais, dès que le bol est arrivé au pharynx, il détermine des accès de toux et de vomissements et il est expulsé, partie par la bouche, partie par les fosses nasales.

M. le professeur Caubet porte le diagnostic de spasme de l'œsophage. Quand nous avons pratiqué le cathétérisme, nous avons trouvé à la partie supérieure de l'œsophage, à environ 22 centim. de l'arcade dentaire, un obstacle qu'il nous a été impossible de franchir avec une olive de moyen calibre. Seule, une petite sonde de 5 millimètres de diamètre a pu vaincre la résistance, et alors, retirant notre olive, nous avons pu, immédiatement après, passer une sonde œsophagienne de 12 millimètres.

Dès lors le diagnostic se trouvait confirmé. Nous avons profité de la sonde pour introduire dans l'estomac un litre de lait. Le soir même, le malade avalait avec moins de difficultés.

Nous étions donc bien en présence d'un rétrécissement spasmodique.

Traitement. — Le malade a été mis au régime lacté et pendant quatre jours, matin et soir, nous lui avons injecté un litre de lait avec la sonde œsophagienne. Le malade a pu ensuite avaler lui-même ; il rejette bien le lait, par les fosses nasales et par la bouche, mais en bien moindre quantité qu'à son arrivée dans le service.

Enfin, nous avons essayé de vaincre la contracture, hystérique selon nous, de notre malade par la suggestion. Nous devons reconnaître que notre première séance a été sans résultat. Si nous avons pu provoquer de la léthargie chez notre malade, il nous a été impossible de le mettre en état de somnambulisme, seul état où il est possible de suggestionner son sujet. Nous nous proposons de recommencer, nous rappelant que tel sujet, rebelle à une première séance, devient un excellent sujet après deux ou trois expériences ; mais le malade demanda à quitter l'hôpital.

Il avalait beaucoup plus facilement.

OBSERVATION V (Personnelle)

Recueillie dans le service de Monsieur Oulmont.

Madame D... Louise, ménagère, âgée de cinquante deux ans, entre à la Charité le 11 Mai 1900, salle frère Côme.

Antécédents héréditaires. — Les parents de la malade étaient d'une bonne santé ; aucune maladie nerveuse.

Son père est mort à 61 ans après 8 à 10 mois de maladie ; les médecins parlèrent à ce propos de gastrite du pylore ; pendant les quelques semaines qui précédèrent sa mort, l'alimentation fut faite au moyen de lavements nutritifs.

Sa mère est morte à 59 ans, de paralysie consécutive à une chute apoplectique ? ; elle succomba quelques jours après cette chute.

La malade a eu trois frères ; le plus jeune est mort de fièvre typhoïde ; les deux autres sont, dit-elle, remplis de douleurs (articulaires et musculaires ?). Ils ne présentent rien autre chose de particulier qu'un peu de faiblesse générale.

D... Louise a eu trois filles ; elles ont toujours été d'une santé médiocre ; toutes les trois ont eu beaucoup de « gourmes », des adénites cervicales très nettes et souvent de la conjonctivite.

Le père de ces jeunes filles est assez bien portant ; cependant, il a presque tous les ans, au niveau des épaules et de la colonne vertébrale surtout, des douleurs assez vives pour l'empêcher de travailler pendant plusieurs jours chaque fois.

Antécédents personnels. — Comme antécédents personnels de la malade, on trouve à l'âge de 9 ans une période d'anémie qui la fit considérer comme tuberculeuse.

A 28 ans, variole contractée en soignant son mari ; la variole fut bénigne.

A 38 ans, ulcère variqueux de la jambe droite ; la malade reste pendant cinq ou six mois au lit ou sur une chaise.

Depuis qu'elle est réglée, tous les mois sa jambe gauche est engourdie pendant trois ou quatre jours ; elle est, dit-elle, comme paralysée, il lui semble qu'elle est morte et qu'elle ne sentirait rien si on la lui coupait, ce phénomène commence et finit à peu près en même temps que les règles, qui n'existent d'ailleurs plus depuis trois ans environ.

Pendant ces quatre derniers mois, cet engourdissement s'est produit une ou deux fois, mais moins nettement qu'auparavant.

Depuis deux ans environ, tremblements dans les mains ; ces tremblements assez légers préoccupent cependant la malade ; ils sont accompagnés de fourmillements ; c'est la main gauche la plus souvent prise,

Depuis la même époque, douleurs dans les épaules, parfois la gauche, plus souvent la droite, quelquefois dans un bras. Cette douleur, spontanée, est augmentée par les mouvements.

Depuis quelques années, la malade se plaint de brûlures au niveau de l'estomac et un peu plus tard, d'étouffements après chaque repas. On ne constate pas de signe d'alcôolisme.

Vers le 1^{er} février 1900, la malade prend la grippe ; vers le 15 on lui met un vésicatoire, au niveau de la partie inférieure du sternum, pour soigner sa bronchite grippale. Vers le 23 ou le 24, brûlures vives au niveau du creux de l'estomac ; peu à peu ces sensations anormales remontent vers le cou et il lui semble parfois que des chaînes, des chapelets de pierres qui raclent l'intérieur de la gorge en se déplaçant, montent et descendent du pharynx à l'estomac. Deux ou trois jours après, c'est-à-dire vers le 26, la malade a eu, pour la première fois,

la nuit, des étranglements très nets, comme si, ajoutée-elle, j'avais eu des peaux dans la gorge.

Depuis ce moment, elle ne peut plus avaler que des liquides, froids ou chauds indifféremment. En même temps que ces étranglements, apparition de douleurs assez vives à l'épaule droite ; il lui semble que son épaule remue et qu'il y a quelque chose de démanché dans l'articulation. Ce sont les mêmes douleurs qu'autrefois, mais plus fortes ; la malade pour les calmer reste couchée sur le côté sain. Toujours depuis la même époque, crachats abondants qui l'inquiètent ; ces crachats sont un peu sanguinolents et accompagnés d'efforts de vomissements ; c'est surtout le matin au réveil qu'ils sont abondants.

Huit jours environ après le début du spasme œsophagien, une boule se serait formée au niveau du larynx, à droite.

La sensation de corps étranger sous la peau était très nette pour la malade ; elle a touché cette grosseur avec les doigts, mais elle ne l'a pas vue, elle avait, dit-elle bien d'autres préoccupations que celle de se regarder dans une glace ; par contre elle assure que ses filles l'auraient vue et touchée.

Au bout d'un mois, cette boule qui était à peu près de la grosseur d'un œuf de pigeon disparaît, une autre boule un peu plus petite se montre dans la région symétrique. Comme la première, elle était douloureuse à la pression et aussi, un peu, spontanément.

Jusqu'à ce moment, le traitement a consisté en vésicatoire, pommades, vins fortifiants. Son médecin, qui pensait à un cancer, la prévient alors qu'une opération sera nécessaire. Un deuxième médecin, spécialiste pour les maladies de la gorge est consulté ; il déclare après exa-

men attentif n'avoir rien trouvé de particulier ; il ordonne une potion contenant du bromure de potassium et lui conseille d'aller à l'hôpital pour se faire sonder.

Etat actuel. — Le 11 mai elle entre dans le service de M. Oulmont, salle Frère Côme. A cette époque la dysphagie pour les aliments solides est toujours complète ; il en est à peu près de même à l'époque où nous voyons la malade, c'est à-dire vers la fin de juin. On constate que la région avoisinant l'os hyoïde est toujours douloureuse, surtout à la pression ; mêmes troubles de sensibilité au niveau de l'extrémité inférieure du sternum.

La malade se plaint de sécheresse de la bouche et de la gorge, j'ai du feu partout là dedans dit-elle en montrant son cou.

Pas de troubles de sensibilité cutanés. Champ visuel normal ; reflexe oculaire conservé. Sensibilité des muqueuses nasale et buccale à peu près intacte. On peut promener un crayon sur le voile du palais sans provoquer de nausées.

Le réflexe rotulien est un peu exagéré à droite, normal à gauche. On ne trouve pas de douleur ovarienne ni céphalique. Sur le côté gauche du thorax, immédiatement en arrière du sein, douleur qui dure depuis 15 mois ; elle est survenue à la suite d'une chute sur une barre de fer ; cette douleur augmente par les temps orageux.

La malade est très impressionnable et presque toujours inquiète ; elle n'a jamais eu de crises de nerfs.

L'appareil circulatoire ne présente rien autre chose de particulier qu'un léger souffle anémique.

Du côté de l'appareil urinaire on constate une polyurie légère (deux litres et demi d'urine environ par 24 heures) et une pollakiurie très nette ; dès que le besoin d'uriner

apparaît, la malade a beaucoup de peine à retarder la miction de quelques minutes. Il y a trois ans environ qu'elle s'aperçoit de ce besoin impérieux qui l'ennuie beaucoup parce qu'il l'oblige à partir en courant vers la garde-robe ; elle urine en moyenne cinq fois de 8 heures du soir à cinq heures du matin.

Depuis quatre mois, constipation tenace. La nourriture consiste en bouillon, lait dans lequel elle met des jaunes d'œufs. Elle se sert d'une cuillère, et, malgré les précautions qu'elle prend, il lui semble que le liquide, en descendant, lui arrache des peaux dans la gorge.

A son arrivée dans le service de M. Oulmont, on fait prendre à la malade du valérianate d'ammoniaque ; on l'électrise trois fois par semaine.

Les résultats ainsi obtenus sont insignifiants.

Le premier juin on ajoute à ce traitement le cathétérisme avec une sonde œsophagienne de un centimètre de diamètre. On n'a pas eu avec cette sonde la sensation d'un rétrécissement ; le tube entre et sort facilement, mais on sent que par moment, la sonde, serré par des spasmes de courte durée glisse, avec moins de facilité.

Quatre ou cinq jours après le premier cathétérisme, la malade peut prendre un peu de soupe ; cinq ou six jours plus tard, elle peut avaler de petits morceaux de pain sec, puis de petits morceaux de viande. Elle se sent plus forte, les spasmes et la douleur diminuent. Cependant, elle est toujours un peu inquiète, triste et trouve que sa guérison n'est pas assez rapide.

La malade a été pesée chaque semaine pendant une partie de son séjour à l'hôpital. Voici les résultats donnés par la balance ;

Le 13 mai.....	51 kil. 200 gr.
— 20 —	51 — 400
— 27 —	52 — 300
— 10 juin.....	54 — 400
— 24 —	56 —

Nous avons eu de ses nouvelles au commencement de ce mois d'octobre, sa santé est toujours bonne.



Conclusions

I. — L'observation que nous avons recueillie dans le service de M. Oulmont est un exemple frappant d'œsophagisme simulant le cancer de l'œsophage. L'âge de la malade, son visage décoloré et un peu fatigué, l'absence de toute manifestation hystérique antérieure nette, donnaient plutôt l'idée d'un néoplasme.

Le diagnostic de spasme œsophagien, fait par M. Oulmont nous semble suffisamment confirmé par les 8 mois et demi écoulés depuis le début de la maladie et par la bonne santé ininterrompue du sujet.

II. — L'étude que nous avons dû faire à propos de cette observation nous a convaincu de l'importance, bien connue d'ailleurs, d'un état général névropathique dans la production des spasmes de l'œsophage. Cet état général (hystérique pour la plupart des auteurs) agit dans un très grand nombre des cas d'œsophagisme. Il agirait même assez souvent dans les variétés dites symptomatiques et réflexes.

III. — Quelle qu'elle soit, cette névrose n'agit pas sur

l'œsophage autrement que sur le rectum, le pylore, l'urèthre, le vagin et peut-être les canaux biliaires, l'uretère. Cette action, pour être exceptionnelle, n'est pas moins bonne à retenir au point de vue thérapeutique.

Vu : le Président de la Thèse,
CORNIL.

Vu : Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



Bibliographie

- ANCOLN. — Spasmes de l'œsophage traités avec succès par l'emploi topique de la teinture d'iode (Rev. med. juin, 1898).
- AXENFELD et HUCHARD. — Traité des névroses, 1883.
- BAYLAC. — Un cas de rétrécissement spasmodique de l'œsophage consécutif à l'influenza (Midi médical, juin 1892).
- BERNHEIM. — Article Dysphagie (Dict. encyclopédique, 1883).
- BERT. — Gaz. hebd. de méd., 1896.
- BERTRIN. — Th. Paris, 1885.
- BOULLOCHE. — Presse médicale, avril 1898.
- BRAZIER. — Th. Paris, 1879.
- BROCA. — Gazette des hôpitaux, août 1869. — Société de Chirurgie, 23 juin 1869.
- CHAILLOU. — Cathétérisme de l'œsophage contre les vomissements rebelles (Journal de méd. et de chir. pratiqu., févr. 1858).
- CHASSIGNY. — Du Cathétérisme dans l'œsophagisme (Union méd., 1886).
- CHAULET. — Œsophagisme par lésion cérébrale (Bul. gén. de thérapeutique, t. cv, p. 103, 1883).

- COURANT. — De nonnullis morbis convulsivis œsophagi (Montpellier, 1778).
- COURTOIS-SUFFIT. — Traité de médecine de Debove et Achard.
- DEROIDE. — Sur une variété peu connue d'œsophagisme, th. de Lille 1879, n° 10.
- DIEULAFOY. — Pathologie interne, 1900.
- ELOY (Ch). — Contribution à l'étude de l'œsophagisme (Gaz. hebdomadaire, 1880).
- FOLLIN. — Des rétrécissements de l'œsophage. Thèse de concours, Paris 1852.
- FOOT (A.-W.). — De l'œsophagisme (Th. Dublin journal of medicine sc. avril 1874 et Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1874).
- GAILLARD-LACOMBE. — Bul. de la Soc. de méd. des hôp., Paris 1883, 3^e série, t. II, p. 93.
- GALLOPAIN (Clovis). — De la dysphagie dans la paralysie générale progressive (Ann. med. psych., 5^e série, t. XVI, 1876).
- GALLIARD. — Traité de médecine de Brouardel et Gilbert.
- GANGHOFNER. — Etude sur la dysphagie nerveuse (Prague méd. Wochensch, 1, 5, 6, 1876).
- GILLES. — Congrès international de Neurologie de Bruxelles, 1897-98.
- GENDRON. — Observations pratiques sur la dysphagie, (Arch. gén. de méd., mars 1858, p. 278).
- GROSS. — Pathologie chirurgicale, t. II.
- HAMBURGER. — Klinik der œsophagus Krankheiten (Oester med. Jahrb, 1869).
- HIPPOCRATE. — Des maladies ; livre III, ch. XII. Œuvres, édition Littré, t. VII, p. 133.

- HARTMANN. — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. V, p. 365.
- HAYEM. — Rapport sur un travail de M. Tuffier intitulé de la gastro-entérostomie dans les rétréc. non cancéreux du pylore. Bull. acad. de méd., 1898, 3^e S. XXXIX, p. 401.
- HOFFMANN (Fr.). — De morbis œsophagi spasmodicis ; observ. 1, 2, 3, 4, 5. Opera, t. III, p. 135.
- JACCOUD. — Traité de médecine ; 7^e édit., t. II, p. 274.
- LACOMBE. — Bulletins et mémoires de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1885.
- LUTON (A.). — Dyspepsie, œsophagisme, pylorisme (Bull. de la Société de méd. de Reims, 1875).
- Dictionn. Jaccoud, article œsophagisme.
- LE FORT (Léon). — Bull. de la Société de chir. de Paris, 1872.
- MATHIEU (J. L.). — Spasme de l'œ. guéri par la strychnine. Gaz. med. de Lyon et rév. med. Chir. de Paris, 1853.
- MONDIÈRE. — Archives gén. de méd., 1833. t. II, p. 465.
- MOREL MACKENSIE. — Rétrécissement sp. de l'œ. (Med. time and gaz. 1856, p. 453 et the lancet, 1878).
- NETCHAIEFF. — Névroses réflexes. Bul. med. Paris. 1888, p. 898.
- OMBONI. — Storia di accesso letargico ad ogni deglutizione di qualunque sostanza, guarita col metodo endermico (ann univ. di med Milano, 1829, agosto, p. 392).
- PETER. — Rétrécissem. sp. de l'œ. Gaz. des hôp. 1875.
- PFIMLIN. — Th. de Paris, 1886.
- POTAIN. — Gaz. des hôp. 1883.
- RAYMOND. — Clinique des maladies du syst. nerveux, 1900. Ch. XXVI, 1897, ch. XXXV.
- RAYNAUD. — Œsophagisme dans ses rapports avec la dilat. de l'estomac (Ann. mal de l'oreille, 1877).

- ROUX. — Sur quelques points du rétrécissement sp. de l'œ. avec ou sans lésion et de l'intervention du traitement par K Br pour éclairer le diagnostic ; th. Paris, 73.
- SAUREL (Ch.) — Sp. de l'œ. durant 24 heures ; guérison immédiate. Rev. therap. du midi, 30 août 1859.
- SCHNÜTZLER. — Med. mod. 1897, p. 15. (Spasme du pylone).
- SENEY. — OEsophagisme chronique ; th. Paris, 1873.
- TROUSSEAU. — Gaz. des hôpitaux, 1848.
- VAN SWIETEN. — Comment. in Boerhaave aphorismos, etc. Lovanü, 1733, t. III, p. 530.
- VIGLA. — Rétréciss. sp. de l'œ. gaz. des hôp. 25 sept. 1869.

